

Démarche : Fichier PS : Déclarer un changement de situation dans le cadre d'une
cessation d'activité libérale : Transporteur Sanitaire

Organisme : Service Relations avec les Professionnels de Santé

Identité du demandeur

Email

Etablissement
SIRET

Dénomination

Forme juridique

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux transporteurs sanitaires de déclarer, auprès de la CPAM Lille-Douai, tout changement de situation dans le cadre d'une cessation d'activité.

Identification

Raison sociale de la société

Nom du représentant légal de la société

Prénom du représentant légal de la société

Identifiant SIRET

(Présent sur votre Kbis ou déclaration INPI)

Votre numéro d'Assurance Maladie (numéro de facturation)

Débuter par 59XXXXXX X

Votre numéro de téléphone (professionnel ou personnel)

CE NUMÉRO SERA UTILISÉ UNIQUEMENT SI LE SERVICE RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE LA CAISSE
PRIMAIRE DE LILLE DOUAI A BESOIN DE VOUS CONTACTER POUR CETTE MISE À JOUR.

Il ne sera pas enregistré au Fichier National des Professionnels de Santé (FNPS).

Fichier PS : Déclarer un changement de situation dans le cadre d'une cessation d'activité libérale

Votre adresse email (professionnelle ou personnelle)

CETTE ADRESSE MAIL SERA UTILISEE UNIQUEMENT SI LE SERVICE RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE DE LA CAISSE PRIMAIRE DE LILLE DOUAI A BESOIN DE VOUS CONTACTER POUR CETTE MISE A JOUR.

Elle ne sera pas enregistrée au Fichier National des Professionnels de Santé (FNPS).

Profession

Vous êtes :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Transporteur sanitaire

Je suis affilié(e) à la CPAM :

Cette démarche est exclusivement réservée aux professionnels de santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille-Douai.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 59-Lille-Douai

Situation administrative

Date de la cessation

Pièce justificative à fournir

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Kbis actualisé de moins de 3 mois

Les adresses utiles :

Engagement

En cochant cette case, je certifie conforme les saisies et je signe ma déclaration.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Fait à :

Indiquez la commune

Le :

Format jj/mm/aaaa